

**記入例**

にいがたヘルスパートナー取組報告書

令和〇年 4月〇〇日

（あて先）新潟市長

申請者 所在地 **新潟市〇〇区〇〇〇**  
 名称 **株式会社 〇〇〇〇〇**  
 代表者名 **代表取締役社長 〇〇 〇〇**

令和3年度から  
代表者の押印は  
不要となりました

にいがたヘルスパートナー登録制度実施要綱第12条第2項の規定により、次のとおり報告します。

前年度の 取組実績  ※具体的にご記入 ください	<市民向けの取り組み、自社の従業員向けの取り組み等> ・新潟市が作成したパンフレットの設置・配布 ・減塩食品の販売、減塩メニューの提供 ・新潟市から提供される健康づくり情報の掲示 など  <他企業の「健康経営」に役立つサービス・製品等>	
今年度の 取組予定  ※具体的にご記入 ください	<市民向けの取り組み、自社の従業員向けの取り組み等> ・新潟市が作成したパンフレットの設置・配布 ・学生が考案した減塩弁当の販売への協力 ・新潟市ウオーキングチャレンジへの参加 など  <他企業の「健康経営」に役立つサービス・製品等> ・健康経営のサポート（相談・支援・講師派遣等） ・健康づくり関連情報の提供や商品の紹介 ・スポーツクラブの利用割引 など	<市民向け> 市の事業への協力や 企業独自のイベント等 での啓発など  <自社の従業員向け> 従業員への健康づくり 情報の提供など  <企業向け> 貴社の業種を活かした 他企業と連携した取組 など（他社向けの取組が難し い業種の場合は、空欄でもか まいません）
実施可能地域 ※一部の場合、実施可能な区 域に〇をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 一部区域のみ（北・東・中央・江南・秋葉・南・ <input type="checkbox"/> その他（	
登録事項の変更 (※1)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (R3.4.1～代表者変更 〇〇〇〇 → 〇〇〇〇) <input type="checkbox"/> 無	
連絡 先	担当部署	〇〇部 〇〇課
	担当者名	〇〇 〇〇
	電話番号	〇25-〇〇〇-〇〇〇〇
	メールアドレス	※市からメールで情報提供等を行う場合の送信先をご記入ください。 （FAXでの情報提供を希望される場合は、FAX番号をご記入ください）

※1 「登録事項の変更」欄には、事業所の名称、所在地、代表者氏名等の変更がある場合に  
変更内容を記入してください。

※2 この報告書は、4月末日までに提出してください。期限までに提出されない場合、に  
いがたヘルスパートナーとしての登録を抹消する場合があります。